بشارت، محمدعلی؛گرانمایه، پورشیوا؛ نبوی، سیدمسعود؛ تولائیان، فهیمه(۱۳۹۶). تاثیر مداخله روانی-آموزشی بر کیفیت زندگی، سلامت روانی و بهشیاری بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *پژوهش های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۷ (۲)، ۵۴-۳۸.*

DOI: 10.22067/ijap.v7i2.61147

تاثیر مداخله روانی- آموزشی بر کیفیت زندگی، سلامت روانی و بهشیاری بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس

محمدعلی بشارت[۱]، شیوا گرانمایه پور[۲]، سید مسعود نبوی[۳]، فهیمه تولائیان[۴]

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۰/۲۳ تاریخ پذیرش: ۹۶/۹/۱۹

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی مداخله روانی- آموزشی بر کیفیت زندگی، سلامت روانی و بهشیاری بیماران مبتلا به بیماری MS بود.

روش: ۲۴ بیمار MS مراجعه کننده به کلینیک تخصصی بیماران MS که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. دو گروه نیز به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل تقسیم شدند. برای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از ابزارهای مقیاس کیفیت زندگی، مقیاس سلامت روانی و مقیاس بهشیاری استفاده شد. ابتدا هر دو گروه پرسشنامه‌های پیش‌آزمون را تکمیل نمودند. سپس افراد گروه آزمایش تحت مداخله روانی- آموزشی به مدت ۸ جلسه ۱۵۰ دقیقه ای و یک روز تمرین هشیاری قرار گرفتند و افراد گروه کنترل تنها درمان دارویی را ادامه دادند. در نهایت هر دو گروه پرسشنامه‌های پس آزمون را کامل کردند.

یافته ها: نتایج نشان داد که مداخله روانی- آموزشی کیفیت زندگی و بهشیاری بیماران مبتلا به MS را به طور معنادار بهبود بخشید. سلامت روانی بیماران بعد از مداخله روانی- آموزشی تغییر قابل توجهی نداشت. بر اساس نتایج این پژوهش نتیجه گرفته می شود که این مداخله می‌تواند به عنوان یک درمان مکمل مناسب و تاثیرگذار برای افراد مبتلا به بیماری MS مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: مداخله روانی- آموزشی، کیفیت زندگی، سلامت روانی، بهشیار، بیماری MS

۱. استاد، گروه روانشناسی دانشکدهٔ روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران (نویسنده مسئول)، besharat@ut.ac.ir

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تهران، geranmayeh_s@gmail.com

۳. دانشیار، گروه روانشناسی دانشگاه شاهد

۴. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه تهران

مقدمه

مالتیپل‌اسکلروزیس[۱] (MS) ، یک بیماری مزمن[۲] ناتوان‌کننده است که سیر و دوره‌های نامشخص دارد. یکی از مشخصات اغلب بیماری‌های مزمن عدم قطعیت و بلاتکلیفی در سیر بیماری است، اما این بلاتکلیفی در بیماری MS تهدیدی جدی به خصوص برای بهزیستی روان‌شناختی[۳] بیماران محسوب می‌شود ((Dennison, Moss-Morris, & Chalder, 2009). بیماری‌های مزمن هرگز به‌طور کامل درمان نمی‌شوند. این بیماری‌ها افراد را مجبور می‌کنند که برای مقابله با بیماری و وضعیت سلامت خود، تطابق و سازگاری پیدا کنند. برای کمک هرچه بیشتر به این افراد در جهت مقابله موثر با بیماری، نیازمند این هستیم که بفهمیم چگونه بیماران می‌توانند برای مدیریت زندگی خود با وجود بیماری مزمن تلاش کنند و به خودشان بیشترین کمک را برسانند (Larsen, 2006).

بیماری MS در سال‌های اخیر شیوع فزاینده‌ای در سراسر جهان داشته است. از جمله مشخصه‌های اساسی آن، می‌توان به علایم تخریب و از دست دادن توانایی تحرک، مشکلات مربوط به بینایی، اختلال در کارکرد شناختی، خستگی و کاهش سطح انرژی فرد اشاره کرد (Reynolds, & Prior, 2003). دوره‌های نامشخص و غیر قابل پیش‌بینی بیماری MS، که با دوره‌های بهبودی و عود و همچنین افزایش ناتوانی‌ها مشخص می‌شود، اغلب با سطح پریشانی‌ها و مشکلات هیجانی که در بیماری MS به طور چشمگیری بیشتر از دیگر بیماری‌های مزمن است، مرتبط است (Gulick, 2001). عدم قطعیت و بلاتکلیفی در سیر این بیماری، اغلب دوره‌هایی از به‌هم‌ریختگی‌های شدید روانی را ایجاد می‌کند که در آن تصویر فرد از خودش، با واقعیت از هم‌گسسته می‌شود (Mishel, 1999). درواقع با بروز هر علامت جدید در بدن، فرد دوباره از دست‌دادن کنترل خود بر زندگی، باورها، هویت و انتظارات و آرزوهای آینده‌اش را تجربه می‌کند. این تجربه باعث از دست‌دادن هماهنگی و وحدت بدن و ذهن در شخص می شود و رنج و پریشانی بسیار در پی دارد (Charmaz, 1999). افراد مبتلا به MS، در کنار شکایت‌ها و عوارض جسمی، علایم ناخوشایند و غیر قابل پیش‌بینی، رژیم‌های درمانی سخت، عوارض جانبی داروها، همچنین با پیامدهای روانی-اجتماعی شامل شکست در رسیدن به اهداف زندگی، شغل، درآمد، ارتباطات، فعالیت‌های تفریحی و فعالیت‌های روزمره زندگی روبه‌رو هستند و اختلالات قابل ملاحظه‌ای در بهزیستی روانی و کیفیت زندگی؛ و همچنین علایم افسردگی، خستگی و اضطراب را نشان می‌دهند (Mitchell, Benito-Leon, Morales Ganzalez, &

1. Multiple Sclerosis (MS)
2. Chronic
3. Psychological Well-Being

Rivera-Navarro, 2005)؛ به‌طوری که طبق شواهد پژوهشی، شیوع افسردگی در طول زندگی بیماران مبتلا به MS، حدود ۵۰ درصد گزارش شده است (Siegert, & Abernethy, 2005). حداقل ۶۵ درصد بیماران مبتلا به MS از خستگی شکایت دارند و۵۰ تا ۱۵ درصد آنها خستگی را برجسته‌ترین نشانی ناتوانی‌شان می‌دانند (حاجی‌میکائیل، ولمر و اولین- برکی، ۲۰۰۸)؛ شیوع اختلالات اضطرابی در بیماران مبتلا به MS، ۲۵ درصدگزارش شده است (Feinstein, O'Connor, Gray, & Feinstein, 1999). MS همچنین با افزایش نرخ خودکشی در ارتباط است که ممکن است در روان‌پریشی ناشی از بیماری MS، افزایش نیز داشته باشد (American Psychiatric Association, 2013).

ویژگی‌ها و پیامدهای بیماری MS به تهدید بهزیستی فرد در زندگی و کاهش کیفیت زندگی فرد منجر می‌شود. کیفیت زندگی، به درک افراد از موقعیت‌شان در زندگی، زمینه‌های فرهنگی و سیستم‌های ارزشی اطلاق می‌شود که با اهداف، آرزوها و استانداردهای آنها رابطه دارد (Barbotte, Guillemin, & Chau, 2001). کیفیت زندگی مرتبط با سلامت، ارزشی است که فرد علی رغم تاثیری که بیماری، جراحت یا درمان بر کنش‌وری، ادراکات و فرصت‌های اجتماعی او دارند، برای زندگی قایل است (Bazazian, & Besharat, 2010). بنابراین، می‌توان مجموعه‌ای متشکل از سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی را که به وسیله شخص یا گروهی از افراد درک می‌شود، تعریفی از کیفیت زندگی دانست. بیماریMS، به عنوان یک بیماری که دارای عوارض جسمی و روانی است و ابعاد گوناگون زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد، بسیاری از حوزه‌های کیفیت زندگی فرد را تخریب می کند و سطح کیفیت زندگی بیماران را پایین می‌آورد. بر اساس مطالعاتی که در زمینه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS در مقایسه با جمعیت سالم صورت گرفت (Nejat, Montezeri, Mohammad, Majdzadeh, Nabavi, et al. 2006)، مشخص شد که این افراد از کیفیت زندگی پایین‌تری برخوردارند.

نتایج مطالعات انجام شده در زمینه سلامت روانی بیماران مبتلا به MS همچنین نشان می‌دهد که این افراد سطح بالایی از استرس و احساس شدید افسردگی را تجربه می‌کنند و از سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند (Pandaya, Patten, Metz, 2005). همچنین پژوهش‌ها بین بیماری MS و سلامت روانی رابطه معنادار نشان داده‌اند (Besharat, Barati, & Lotfi, 2008; Katon, Von, Lin, Simon, Ludman, & Russo, 2004; Zabad, Patten, & Metz, 2005). MS همچنین می‌تواند زمینه‌ساز بروز اختلال‌ها و نشانگانی مانند اختلال‌های افسردگی [1]،

1. Depressive Disorders

اختلال‌های دوقطبی[1]، روان‌پریشی ناشی از شرایط پزشکی دیگر[2]، اختلال عصبی شناختی عمده[3]، اختلال خواب ناشی از شرایط پزشکی دیگر[4]، ناتوانی در انزال[5]، اختلال نعوظ[6]، اختلال ارگاسمی در زنان[7] و نشانگان پاهای بی‌قرار[8] شود، یا با آن‌ها همایند باشد (American Psychiatric Association, 2013).

در پاسخ به مشکلات گسترده ناشی از بیماری MS، روش‌های درمانی متعددی از قبیل درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی و درمان‌های طب مکمل پیشنهاد شده است. درحالی که اثربخشی درمان-های فعلی مورد تایید قرار گرفته است، اما به دلیل عوارض جانبی و هزینه‌های بالای درمان، نتایج چندان رضایت‌بخش نبوده است. در دهه‌های اخیر، با توجه به پیامدها و عوارض روان‌شناختی بیماری MS، مطالعات زیادی در زمینه درمان‌های روان‌شناختی و اثربخشی آن در بیماران مبتلا به MS صورت گرفته است. درمان-های روان‌شناختی با هدف افزایش علاقه به خود در بیماران مبتلا به MS ممکن است در بهبود علایم ایمنی-شناختی این بیماران موثر باشد (Tahbaz Hoseinzadeh, Ghorbani, & Nabavi, 2011).

مدل‌های مختلف مداخله‌های روان‌شناختی، با تاکید بر مداخله‌های شناختی- رفتاری، اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی در بیماران مبتلا به MS را تایید کرده‌اند. طبق شواهد موجود در یک مطالعه مروری که در زمینه مداخلات روان‌شناختی در این بیماران، توسط دنیسون و همکارانش (Dennison, Moss-Morris, & Chalder, 2009) صورت گرفت، شواهدی برای موفقیت رویکردهای شناختی- رفتاری در درمان افسردگی بیماران به دست آمد. همچنین در این مطالعه به هشت عامل روان‌شناختی مرتبط با سازگاری و نتایج آن اشاره شده است. این عوامل عبارتند از: استرس و مقابله با آن (استرس ادراک شده، ارزیابی استرس و سبک‌های مقابله)، حمایت اجتماعی و تعامل با دیگران (حمایت اجتماعی ادراک شده، الگوهای ارتباطی، پاسخ‌های خانواده)، مدل‌های شناختی آسیب‌پذیری روانی (نارسایی عملکرد شناختی و خطاهای تفکر و حافظه)، بیماری و شناخت علایم (تظاهرات بیماری، ابهام در مورد بیماری، ناامیدی، نگرش نسبت به علایم، پاسخ‌های رفتاری و شناختی نسبت به علایم، شناخت دردهای مرتبط و باورهای خود بیمارپندارانه)، ادراک از کنترل و خودکارآمدی، مثبت‌نگری (خوش‌بینی، امید، پذیرش، معنویت)، رفتارهای بهداشتی (درک موانع برای انجام رفتارهای بهداشتی) و عوامل دیگر (شامل تفکر جادویی، انکار، صفات شخصیتی).

1. Bipolar Disorders
2. Psychotic Disorder Due to Another Medical Condition
3. Major Neurocognitive Disorder
4. Sleep Disorder Due to Another Medical Condition
5. Inability to Ejaculate
6. Erectile Disorder
7. Female Orgasmic Disorder
8. Restless Legs Syndrome (RLS)

نکته قابل توجه در این میان، وجود مزایای متعدد مداخلات شناختی- رفتاری، ازجمله ساختارمند بودن، فرهنگ‌پذیر بودن، عینی و قابل سنجش بودن نتایج درمان و داشتن شواهد پژوهشی اثربخشی در بین بیماران مبتلا به MS است؛ هرچند مداخله‌های روان‌شناختی به دلیل هزینه‌های بالای درمان، عدم حضور مداوم بیمار در جلسات درمانی به دلیل شرایط متغیر بیماری و نیز ضرورت مهارت درمانگر در آنها، اغلب با محدودیت‌هایی در اجرا همراه است. در سال‌های اخیر محققان به دنبال یافتن روش‌هایی هستند که با شرایط بیماران همسویی بیشتری داشته و قابل کاربرد در بهبود مشکلات بیماران باشد (Dennison, Moss-Morris, & Chalder, 2009). یکی از این روش‌های نوین، استفاده از روش کاهش استرس مبتنی بر بهشیاری[1] (MBSR) است. بهشیاری[2] یکی از مولفه‌های روان‌شناختی است که به دو شکل ذاتی (سرشتی) و یا مهارتی (اکتسابی)، مورد ارزیابی و مطالعه قرار می‌گیرد. افزایش بهشیاری در افراد چه به شکل سرشتی و چه بر اثر مداخلات درمانی و یا آموزشی باعث افزایش خودآگاهی و آگاهی فرد از دنیای پیرامونش می‌شود. مهارت‌های بهشیاری به عنوان یک فن برای مقابله با میل و اشتیاق به درگیر شدن با افکار منفی در نظر گرفته شده است. همچنین پژوهشگران اهمیت توجه و آگاهی هشیارانه را در بهینه شدن خودتنظیم‌گری و بهزیستی و کاهش عواطف و تجارب آزاردهنده تایید کرده‌اند. بنابراین، زمانی که بهشیاری به بیماران آموزش داده می‌شود، در واقع آنها با فراگیری راهبردهای تنظیم عواطف و درگیر نشدن در افکار منفی، با خود ارزیابی‌های منفی در حیطه‌های مختلف زندگی و بیماری خود مقابله می‌کنند (Parto, 2010).

در یک رویکرد شناختی- رفتاری نوین، اجرای مداخلات روانی- آموزشی به‌صورت مستقل و جداگانه عنوان شده است. منظور از این مداخله، فراهم آوردن اطلاعات برای بیماران درباره اختلال و روش‌های غلبه بر آن، با هدف ارتقای نگرش و تغییر رفتار است. این روش با رویکردهای گذشته که درمانگر در مورد مراقبت از بیمار تصمیم‌گیری می‌کرد، متفاوت است و حامل این پیام است که بیمار خودش مسوول تغییر است. این پیام انگیزه بیماران را برای درمان، افزایش و حالت‌های تدافعی آن‌ها را کاهش می‌دهد. مداخلات روانی- آموزشی به تدریج جایگاه مهمی در روش‌های درمانی پیدا کرده‌اند و توسط متخصصان حوزه‌های مختلف، هم برای پیشگیری و هم برای درمان بیماری‌ها به کارگرفته می‌شوند (Eslami Shahrebabaki, 2008). پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که استفاده از روش MBSR، که در مداخله روانی- آموزشی پژوهش حاضر مورد استفاده قرار گرفته است، می‌تواند در کاهش علایم اضطراب (Miller, Fletcher, & Kabat-Zinn, 1995)، پیش‌گیری از عود افسردگی (Teasdale, & Segal, 2007)، کاهش

1. Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)
2. Mindfullness

استرس و بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سرطان پستان (Cramer, Lauche, Paul, & Dobos, 2012; Henderson, Clemow, Massion, & Hurley, 2012; Sarenmalm, Mårtensson, Holmberg, Andersson, Oden, et al. 2013) و بیماران مبتلا به ایدز (Gayner, Esplen, Deroche, Wong, Bishop, et al. 2012) موثر باشد. همچنین مارکز (Markes, 2010) در پژوهش خود، این اثربخشی را در مورد افراد مبتلا به بیماری‌های مزمن گزارش کرد.

با وجود اثربخشی مداخلات روانی- آموزشی، در حوزه وسیعی از اختلالات روانی و جسمانی، اثربخشی این روش‌ها در بیماران مبتلا به MS مشخص نیست. بنابراین، با توجه به افزایش روزافزون ابتلا به بیماری MS و همچنین تاثیر مشاهده شده مداخلات روان‌شناختی در کاهش علایم بیماری‌های مزمن، هدف اصلی پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی مدل مداخله روانی- آموزشی بر شاخص‌های کیفیت زندگی و سلامت روانی در بیماران مبتلا به MS بود. مداخله روانی- آموزشی که در این پژوهش طراحی شده است، بر پایه ترکیب روش آموزش کاهش استرس بر اساس بهشیاری (MBSR) و مجموعه‌ای از ملاحظات با موضوعات روان‌شناسی و مراقبت‌های بهداشتی در بیماران مبتلا به MS است.

روش

طرح پژوهش، جامعه، نمونه و روش اجرای پژوهش: طرح پژوهش حاضر از نظر نوع هدف، بنیادی- کاربردی، از نظر نوع جمع‌آوری داده‌ها آزمایشی و از لحاظ طرح، پیش‌آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. در این پژوهش، مداخله روانی- آموزشی به عنوان متغیر مستقل و کیفیت زندگی، سلامت روانی و بهشیاری به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. جامعه آماری، شامل کلیه افراد مونث مبتلا به بیماری MS ساکن استان تهران بود. نمونه پژوهش حاضر در مرحله اول شامل هفتاد نفر بود که به روش هدفمند- در دسترس انتخاب شدند. برای انتخاب آزمودنی‌ها همه افراد داوطلب مراجعه کننده به کلینیک تخصصی بیماران MS با ابزارهای مورد نظر و انجام یک مصاحبه نیمه ساختاریافته مورد ارزیابی قرار گرفتند و در صورت دارا بودن ملاک‌های ورود و نداشتن ملاک‌های خروج، بعد از پر کردن فرم رضایت‌نامه پژوهش وارد طرح شدند. در نهایت ۲۴ آزمودنی انتخاب شدند که به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند و این دو گروه نیز به شکل تصادفی به عنوان کنترل و آزمایش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود پژوهش عبارت بودند از تشخیص قطعی پزشکی بیماری MS حداقل در یک سال اخیر توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب، دارا بودن نمره EDSS[1] حداکثر ۵/۵ و یا کمتر، داشتن سن بین ۱۸ تا ۵۱ سال و داشتن حداقل

1. Expanded Disability Status Scale (EDSS)

مدرک تحصیلی دیپلم. سابقه بستری شدن در بیمارستان در یک مرحله حاد، ابتلا به بیماری‌های روانپزشکی جدی (مثل روان‌پریشی، سوء مصرف مواد)، سابقه شرکت در مداخلات روان شناختی، ابتلا به بیماری‌های حاد یا مزمن جسمی به طور همزمان مانند بیماری‌های قلبی و سرطان ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش بودند. پس از انجام مراحل نمونه‌گیری، شرکت‌کنندگان در هر دو گروه آزمایش و کنترل، به تکمیل پرسش‌نامه‌های پیش‌آزمون پرداختند و پس از جمع‌آوری اطلاعات مربوط به پیش آزمون، افراد گروه آزمایش طی هشت هفته در جلسات هفتگی ۱۵۰ دقیقه ای، در کتابخانه بیمارستان فوق تخصصی آتیه شرکت نمودند. خلاصه‌ای از محتوای جلسات در جدول ۱ آورده شده است. طی این مرحله، برای افراد گروه کنترل هیچ اقدام درمانی و یا مداخله‌ای خارج از درمان دارویی مربوط به بیماری MS انجام نشد. پس از پایان اجرای مداخله در گروه آزمایش، هردو گروه پرسش‌نامه‌های پس‌آزمون را تکمیل کردند. میانگین سنی و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها به ترتیب ۳۲/۶۹ و ۶/۷۲ بود.

جدول ۱: خلاصه‌ای از محتوای جلسات مداخله روانی- آموزشی در گروه آزمایش

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	انجام پیش‌آزمون، جلسه معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، آشنایی با قوانین گروه، معرفی بیماری MS، بحث گروهی، تمرین تنفس، توضیح تکالیف
جلسه دوم	تمرین کشمش، انجام تمرین مشاهده مراقبه‌ای بدن، بحث گروهی، تمرین تنفس، بحث گروهی، ۱۰دقیقه استراحت، توضیح تکالیف و توزیع پکیج شماره ۱
جلسه سوم	انجام تمرین مشاهده مراقبه‌ای بدن، بحث گروهی، پیگیری تکلیف خانگی، بحث گروهی، تمرین یک نشست هشیارانه، توضیح تکالیف و توزیع پکیج شماره ۲
جلسه چهارم	تمرین اول یوگای هوشیارانه، بحث گروهی، بررسی تاثیر فیزیوتراپی در MS و آموزش حرکات اصلاحی برای پیشگیری از مشکلات رایج در MS، پیگیری تکلیف خانگی و بحث گروهی، آموزش گروهی یک، توضیح تکالیف و توزیع پکیج شماره ۳
جلسه پنجم	تمرین دوم یوگای هوشیارانه، بحث گروهی، پیگیری تکلیف خانگی و بحث گروهی، آموزش گروهی، توضیح تکالیف و توزیع پکیج شماره ۴
جلسه ششم	اجرای تمرین دو نشست هوشیارانه، بحث گروهی، پیگیری تکلیف خانگی و بحث گروهی، اجرای تمرین ۳دقیقه‌ای، آموزش مهارت ارتباط موثر، توضیح تکالیف و توزیع پکیج شماره ۵
روز بهشیاری	اجرای تمرینات رسمی بهشیاری و تمرینات غیررسمی بهشیاری در سکوت کامل با راهنمایی‌های مربی به مدت ۵ ساعت و سپس بحث گروهی در زمینه نحوه تجربه افراد در این روز و بررسی

	تمرینات و اثر آن بر افراد
جلسه هفتم	اجرای تمرین سوم نشست هوشیارانه، بحث گروهی، آموزش تمرین راه رفتن هوشیارانه، بحث گروهی در مورد روز بهشیاری، پیگیری تکلیف خانگی و بحث گروهی، بحث گروهی در مورد ارتباطات شخصی و اجتماعی، توضیح در مورد جلسه هشتم به عنوان روز بخشش، توضیح تکالیف و توزیع پکیج شماره ۶
جلسه هشتم	انجام تمرین مشاهده مراقبه‌ای بدن، بحث گروهی در مورد تمرینات، کاربرد تکنیک‌های بهشیاری، بحث و گفت‌وگوی گروهی ، اجرای تمرین نشست هوشیارانه، اجرای برنامه روز بخشش، بحث و گفت‌وگو در زمینه چگونگی استفاده از تکنیک‌های بهشیاری، بررسی و آموزش مهارت‌های خودیاری در زمینه سلامت جسمی شامل موضوعات بهداشت خواب، تغذیه، ورزش، تبعیت از درمان دارویی، تعیین برنامه برای رسیدگی بهتر در امور سلامت جسمی، تمرین تمرکز روی بدن و تنفس، توضیح تکالیف و توزیع پکیج شماره ۷

ابزار سنجش

مقیاس کیفیت زندگی (SF-36): مقیاس کیفیت زندگی[1] یک پرسش‌نامه جامع جهت اندازه‌گیری کیفیت زندگی در تمامی مسایل مرتبط با بهداشت است. این پرسش‌نامه در یک طیف لیکرت، هشت بعد کیفیت زندگی را بررسی می‌کند، دارای ۳۶ سوال است، توسط خود فرد یا از طریق مصاحبه تکمیل می‌گردد، و در گروه‌های مختلف سنی و در بیماری‌های مختلف قابل اجرا است. پایایی[2] و روایی[3] این مقیاس توسط ویر و همکاران[4] (۱۹۹۴؛ به نقل از Ware, & Kosinski, 2001) مورد تایید قرار گرفته است. این مقیاس درک افراد را از کیفیت زندگی خود در هشت بعد می‌سنجد و در آن هر بعد دارای نمره استانداردی است که بین ۰ (پایین‌ترین نمره) تا ۱۰۰ (بالاترین نمره) متغیر است (Ware, & Kosinski, 2001). نمره ۱۰۰ وضعیت بهینه و نمره ۰، بدترین وضعیت موجود را در هر بعد نشان می‌دهد. ابعاد این پرسش‌نامه شامل: عملکرد جسمی، محدودیت فعالیت بر اثر مشکلات جسمی، درد جسمانی، سرزندگی، سلامت عمومی، سلامت روانی، محدودیت فعالیت بر اثر مشکلات روانی و عملکرد اجتماعی است. این هشت بعد در مجموع، دو بعد جسمی و روانی را تشکیل می‌دهند؛ بعد جسمی شامل ابعاد: عملکرد جسمی، درد جسمی، محدودیت فعالیت بر اثر مسایل جسمی و سلامت عمومی؛ و بعد روانی شامل: عملکرد اجتماعی، محدودیت فعالیت در اثر مسایل روانی، سلامت روانی و سرزندگی است. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در ایران توسط پژوهشکده علوم بهداشتی جهاد دانشگاهی، مورد بررسی قرار گرفته است. ضریب آلفای کرونباخ برای آزمون همسانی

1. Quality of Life
2. Reliability
3. Validity
4. Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. K.

درونی[1] آن در تمام زیرمقیاس‌ها به استثنای زیرمقیاس سرزندگی، بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و در زیرمقیاس سرزندگی، ۰/۶۵ بوده است. برای سنجش روایی ابعاد، روایی همگرا[2] استفاده شد؛ که ارتباط خطی تک‌تک ابعاد با خرده سنجش مفروض در تمام موارد بالای ۰/۴ یعنی بین ۰/۵۸تا ۰/۹۵ بوده است و به این ترتیب پایایی و روایی ترجمه فارسی مقیاس تایید شد.

مقیاس بررسی وضعیت ناتوانی منتشر (EDSS): در این مطالعه ، شدت ناتوانی بیماران با استفاده از مقیاس وضعیت ناتوانی منتشر (EDSS) که توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب اندازه‌گیری می‌شود، مورد سنجش قرار گرفت. این ابزار شدت ناتوانی فیزیکی و عصبی- عضلانی را در بیمار اندازه‌گیری می کند و عملکرد مسیرهای هرمی، مخ، ساقه‌مغز، مخچه و حس‌ها را مورد بررسی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری آن بین ۰ تا ۱۰ است که ۰ نشان دهنده نداشتن هرگونه مشکل یا اختلال فیزیکی در زمینه عملکرد سیستم‌ها و ۱۰ نشان‌دهنده عدم توان بیمار است (Kurtzke, 1983).

مقیاس سلامت روانی (MHI-28): مقیاس سلامت روانی[3] فرم کوتاه مقیاس ۳۴ سوالی سلامت روانی (Besharat, 2006, 2009)، یک آزمون ۲۸ سوالی است که دو وضعیت بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره شرکت کننده در زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب ۱۴ و ۷۰ خواهد بود. ویژگی‌های روان‌سنجی فرم ۲۸ سوالی این مقیاس، در نمونه‌ای متشکل از هفتصد و شصت شرکت‌کننده در دو گروه بیمار (n= ۲۷۷؛ ۱۷۳ زن، ۱۰۴ مرد) و بهنجار (n= ۴۸۳؛ ۲۶۷ زن، ۲۱۶ مرد) مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی برای نمره شرکت‌کنندگان بهنجار به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۱ و برای نمره شرکت‌کنندگان بیمار به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۰ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس هستند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت کنندگان بهنجار (n= ۹۲) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی[4] محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب r=۰/۹۰ و r=۰/۸۹ و در سطح ۰/۰۰۱ > p معنادار بودند که نشانه اعتبار بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کنندگان بیمار (n = ۷۶) نیز در دو نوبت با فاصله یک تا دو هفته برای ارزیابی اعتبار بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب r=۰/۸۳

---

1. Internal Consistency
2. Convergent Validity
3. Mental Health Inventory
4.Retest Reliability

و r=۰/۸۸ و در سطح p < ۰/۰۰۱ معنادار بودند که نشانه اعتبار بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. روایی همزمان مقیاس سلامت روانی- ۲۸ از طریق اجرای همزمان پرسش‌نامه سلامت عمومی[1] در مورد همه شرکت کنندگان دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی شرکت‌کنندگان در پرسش‌نامه سلامت عمومی با زیر مقیاس بهزیستی روان‌شناختی همبستگی منفی معنادار (p < ۰/۰۰۱ ، r= -۰/۸۷) و با زیر مقیاس درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت معنادار (p < ۰/۰۰۱ ، r=۰/۸۹) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس سلامت روانی را تایید می‌کنند. روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی از طریق مقایسه نمره‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت. نتایج تحلیل عاملی تاییدی نیز دو زیرمقیاس بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی را مورد تایید قرار داد (Besharat, 2006, 2009).

مقیاس بهشیاری (MAAS)- مقیاس بهشیاری[2] توسط براون و رایان (Brown, & Ryan, ۲۰۰۳) ساخته شده است و برای سنجش بهشیاری به‌کار می‌رود. این مقیاس از پایایی خوبی برخوردار است، به طوری که روی ۷ گروه نمونه اجرا شده و آلفای کرونباخ آن بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. مقیاس بهشیاری همبستگی بسیار بالایی با تعدادی از متغیرهای سلامت روانی نشان داده است. نمرات بالا در این مقیاس با آشفتگی پایین و نشانه‌های استرس کم مرتبط است (Brown, & Ryan, 2003). این مقیاس در جامعه ایران اجرا شد و آلفای آن به طور میانگین ۰/۸۲ بود که با متغیرهای مربوط از جمله خودشناسی و سلامت روانی (Ghasemipour, 2006) و همچنین ارضای نیازهای روانی بنیادی رابطه مثبت و با افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده رابطه منفی نشان داده است (Ghorbani, 2003).

یافته‌ها

داده‌های پژوهش با استفاده از طرح تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) مورد بررسی قرار گرفت. در این تحلیل، "مداخله روانی- آموزشی بیماران مبتلا به MS" با دو سطح آزمایش و کنترل به عنوان متغیر مستقل؛ پس‌آزمون متغیرهای کیفیت زندگی، سلامت روانی وبهشیاری به عنوان متغیرهای وابسته؛ و پیش‌آزمون متغیرهای وابسته به عنوان متغیرهای کنترل وارد تحلیل شدند. سایر روش‌های مورد استفاده عبارت است از آزمون آماری تحلیل واریانس یک راهه به منظور بررسی میزان همتا بودن گروه‌های پژوهش در متغیرهای سن، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، تعداد فرزند و مدت بیماری؛ کای اسکوئر (مربع کای) برای

1.General Health Questionnaire
2. Mindfulness Attention Awareness Scale

بررسی همگنی گروه‌ها از نظر تحصیلات، شاغل‌بودن و وضعیت تاهل؛ همبستگی پیرسون جهت بررسی همبستگی بین متغیرهای پژوهش و آلفای کرونباخ با هدف بررسی همسانی درونی مقیاس‌های پژوهش. به منظور بررسی همتا بودن دوگروه از نظر سن، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، تعداد فرزند و نیز مدت زمان بیماری، از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه استفاده شد. با توجه به اینکه آزمون لوین، فرض همگنی واریانس گروه‌ها را در آزمون تحلیل واریانس تک متغیره (ANOVA) بررسی می‌کند، ابتدا نتایج این آزمون در جدول ۲ گزارش می‌شود.

جدول ۲: نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	شاخص لوین	df	Sig
سن	۰/ ۲۲	۲۱، ۱	۰/۶۴
مدت بیماری	۰/۶۷	۲۱، ۱	۰/۴۲
فرزند	۰/۰۳	۲۱، ۱	۰/۸۶
وضعیت اقتصادی	۰/۴۸	۲۱، ۱	۰/۵
وضعیت اجتماعی	۰/۳۳	۲۱، ۱	۰/۵۷

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، برای متغیرهای ذکر شده مفروضه همگنی واریانس‌ها در همه متغیرها تایید می‌شود. در نتیجه می‌توان آزمون ANOVA را انجام داد، که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳: آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه برای بررسی همتا بودن گروه‌های پژوهش در متغیرهای سن، فرزند، مدت بیماری، وضعیت اقتصادی و اجتماعی

منبع واریانس	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig
سن	۵۲ /۴۴	۱	۵۲/۴۳	۱/۱۷	۰/۲۹
خطا	۹۴۰ /۴۳	۲۱	۴۴/۷۸		
مدت بیماری	۱۰/۰۸	۱	۱۰/۰۸	۱/۰۶	۰/۳۱
خطا	۱۹۹/۸۳	۲۱	۹/۵۱		
فرزند	۰/۱۶	۱	۰/۱۶	۰/۲۱	۰/۶۵
خطا	۱۵ /۶۷	۲۱	۱۵ /۶۶		
وضعیت اقتصادی	۰ /۵	۱	۰/۵	۰/۵	۰/۴۹
خطا	۲۰ /۹۸	۲۱	۰/۹۹		
وضعیت اجتماعی	۱ /۲۷	۱	۱/۲۷	۰/۶۳	۰/۴۴
خطا	۴۲ /۲۱	۲۱	۲/۰۱		

نتایج آزمون تحلیل واریانس یک راهه نشان می‌دهد که دو گروه از نظر متغیرهای ذکر شده همگن هستند. جدول ۴ نشان می‌دهد که کیفیت زندگی و بهشیاری بیماران گروه آزمایش پس از شرکت در مداخله روانی- آموزشی به طور معنادار افزایش یافته است، ولی در متغیر سلامت روانی این مداخله منجر به تغییر معنادار نشده است.

جدول ۴: انحراف استاندارد، میانگین و میانگین تعدیل شده متغیرهای وابسته در پس‌آزمون پس از کنترل اثر پیش آزمون

متغیر	گروه‌ها	انحراف استاندارد	میانگین	میانگین تعدیل شده
کیفیت زندگی	آزمایش	۱۰/۳۵	۴۵/۳۹	۴۶/۶۳
	کنترل	۹/۲۱	۴۲/۰۱	۴۰/۸۸
بهزیستی روان‌شناختی	آزمایش	۰/۸۸	۳/۶۴	۳/۶۷
	کنترل	۰/۴۹	۳/۶۵	۳/۶۱
درماندگی روان‌شناختی	آزمایش	۰/۹۸	۲/۳۹	۲/۳۶
	کنترل	۰/۹	۲/۴۳	۲/۴۵
بهشیاری	آزمایش	۰/۱	۴/۶۷	۴/۶
	کنترل	۰/۹۴	۴/۰۶	۳/۹۴

نتیجه

پژوهش حاضر اثربخشی مداخله روانی- آموزشی را بر کیفیت زندگی، سلامت روانی و بهشیاری بیماران مبتلا به MS مورد بررسی قرار داد. یافته‌های به دست آمده، اثربخشی این مداخله را بر ابعاد کیفیت زندگی و بهشیاری این بیماران نشان داد، اما تغییر معنادار در زمینه سلامت روانی این بیماران مشاهده نشد. از علل احتمالی اثربخشی مداخله روانی- آموزشی کاهش استرس بر اساس بهشیاری (MBSR) بر کیفیت زندگی و بهوشیاری بیماران مبتلا به MS، می‌توان به نزدیک بودن این رویکرد درمانی به فرهنگ شرقی و تعالیم فرهنگ ایرانی- اسلامی اشاره داشت.

یکی از اهداف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی مداخله روانی- آموزشی بر ابعاد کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS بود که نتایج، اثربخشی آن را نشان داد. در مداخله روانی- آموزشی استفاده شده در این پژوهش، علاوه بر لحاظ شدن نیازهای روان‌شناختی بیماران، به آن‌ها این امکان داده می‌شد تا با آموزش دیدن در زمینه سبک زندگی صحیح و متناسب با بیماری، به بهبود کیفیت زندگی خود کمک کنند. این یافته‌ها با نتایج به دست آمده از پژوهش بندیکت و همکاران (Benedict, et al., ۲۰۰۵)در زمینه بررسی

پیش‌بین‌های کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به MS همسو بود. درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی که تاکنون برای این بیماران طراحی و اجرا شده است، اغلب به صورت اختصاصی به یک یا چند حوزه از علایم بیماران محدود بوده است ولی در پژوهش حاضر تلاش برای هدف قرار دادن ابعاد مختلف مشکلات این بیماران و درگیر کردن آنها در یک مداخله روانی- آموزشی هشت هفته‌ای کاهش استرس براساس بهوشیاری شامل موضوعات زیر بود: ۱- بیماری MS، علایم و درمان؛ ۲- ارتباط موثر؛ ۳- راهبردهای حل مساله؛ ۴- انواع سبک‌های مقابله؛ ۵- آموزش تغذیه صحیح در بیماری MS و نیز نقش فیزیوتراپی به عنوان یکی از درمان‌های مکمل در این بیماری. در این مداخله سعی شد به مشکلات روزمره و رایج این بیماران که اغلب جزء علایم اولیه و اصلی بیماری نیستند اما بر اثر سبک زندگی اشتباه و ارزیابی نادرست این افراد از علایم و شرایط جسمانی و روانی‌شان، موجب تهدید بهزیستی جسمی و روان‌شناختی این بیماران می‌شود، توجه ویژه‌ای صورت گیرد. به نظر می‌رسد توجه به این موارد، به عنوان مجموعه‌ای از عوامل موثر بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به MS، توانست به بهبود کیفیت زندگی این بیماران کمک کند.

پژوهش حاضر همچنین به بررسی اثربخشی مداخله روانی- آموزشی بر بهشیاری پرداخت. یافته‌ها، اثربخشی مداخله روانی- آموزشی را بر بهشیاری بیماران مبتلا به MS تایید کردند. با توجه به این‌که در مداخله اجرا شده، از روش‌های برنامه مداخله کاهش استرس بر اساس بهشیاری (MBSR) استفاده شد و این برنامه بر توجه و آگاهی از زمان حال، پذیرش افکار بدون قضاوت درباره آن‌ها، آشنایی با مفهوم پذیرش، و تمرینات منظم و گسترده بهشیاری تاکید دارد، نتایج پژوهش قابل انتظار بود. در ارتباط با تبیین این یافته می‌توان به مکانیسم‌های اثرگذاری بر بهشیاری توجه نمود. برخی پژوهشگران تمرینات بهشیاری را به عنوان یک مداخله فراشناختی توصیف کرده‌اند. مشاهده این‌که چگونه شناخت‌ها هیجان‌های منفی را به وجود می‌آورند، به تغییر تدریجی در نگرش فرد نسبت به تفکر منجر می‌شود. مهارت‌های بهشیاری به عنوان یک فن برای مقابله با میل و اشتیاق به درگیر شدن با افکار منفی در نظر گرفته شده است. همچنین پژوهشگران بر اهمیت توجه و آگاهی باز و هشیار در بهینه شدن خودتنظیم‌گری و بهزیستی و کاهش عواطف و تجارب آزاردهنده صحه گذاشته‌اند (Parto, 2010). بنابراین، زمانی که بهشیاری به بیماران آموزش داده می‌شود، در واقع آنها با فراگیری خودتنظیمی و درگیر نشدن در افکار منفی با خود ارزیابی‌های منفی در حیطه‌های مختلف زندگی و بیماری خود مقابله می‌کنند.

بررسی اثربخشی مداخله روانی- آموزشی بر سلامت روانی بیماران مبتلا به MS از دیگر اهداف پژوهش حاضر بود. یافته‌ها نشان دادند که این مداخله در شاخص سلامت روانی بیماران تاثیر معنادار نداشت.

بشارت (Besharat, 2009)، و جین و همکاران (Jean et al., ۱۹۹۹) نیز در این رابطه به نتایجی مشابه دست یافتند. در این رابطه بولمیر و همکاران (Bohlmeijer, et al.,۲۰۱۰) و همکاران (۲۰۱۰) نیز به بررسی اثربخشی برنامه MBSR بر سلامت روانی بیماران دچار مشکلات پزشکی مزمن پرداختند. نتایج حاکی از اثر محدود این برنامه بر سطح درماندگی روان‌شناختی این بیماران بود. برخلاف نتایج پژوهش‌های ذکر شده، رزنزوایگ و همکاران (Rosenzwig, 2010) در مداخله‌ای که با کمک برنامه MBSR در بیماران دچار درد مزمن انجام دادند، توانستند به شکل معنادار درماندگی روان‌شناختی را در این بیماران کاهش دهند. این یافته بر حسب چندین احتمال قابل تبیین است. نخست، ماهیت تمرین‌های مداخله روانی و به خصوص تمرینات مربوط به مداخله MBSR، منجر به رویارویی افراد با احساسات و هیجان‌های مثبت و منفی عمیق درونی‌شان می‌شود. این رویارویی می‌تواند به آشفتگی روانی فرد به طور موقتی منتهی شود. از آنجایی که پس‌آزمون این پژوهش بلافاصله پس از اتمام آخرین جلسه مداخله انجام شده و بررسی و پیگیری مجدد صورت نگرفته است، نتایج پس‌آزمون در زمینه سلامت روانی می‌تواند حاکی از همین آشفتگی موقتی باشد. در نتیجه بررسی بیشتر و انجام آزمون های پیگیری در پژوهش های بعدی توصیه می شود. علاوه بر این، عدم اثربخشی مداخله روانی- آموزشی بر سلامت روانی بیماران مبتلا به MS در پژوهش حاضر را شاید بتوان به ماهیت و اساس زیستی این بیماری مرتبط دانست. چنان که زابد و همکاران (Zabad et al., 2005) و کتون و همکاران (Katon et al., 2004) بین MS و سلامت روانی رابطه معنادار گزارش کرده‌اند و نتایج پژوهش پاندایا و همکاران (Pandaya et al., 2005) و همکاران (2005) نیز در زمینه سلامت روانی بیماران مبتلا به MS نشان داد که این افراد سطح بالایی از تنش و احساس شدید افسردگی را تجربه می کنند و از سلامت روانی پایین‌تری برخوردارند. از دیگر دلایل احتمالی مغایرت یافته پژوهش حاضر با دیگر پژوهش‌های مرتبط در زمینه سلامت روانی بیماران مبتلا به MS، می‌توان به مقیاس مورد استفاده در این پژوهش اشاره کرد که به بررسی ابعاد بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی در جمعیت عادی می‌پردازد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی از مقیاس‌های اختصاصی برای بیماران مبتلا به MS استفاده شود.

از مهمترین محدودیت‌هایی که تعمیم نتایج این پژوهش را تحت‌تاثیر قرار می‌دهد، می‌توان به اجرای پژوهش در نمونه مونث اشاره داشت، از این رو پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی تاثیر مداخله مورد نظر بر گروه مردان نیز مورد بررسی قرار گیرد، تا علاوه بر ایجاد امکان تعمیم نتایج، امکان مقایسه دو گروه زنان و مردان را نیز فراهم سازد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر حجم کوچک نمونه بود، پیشنهاد می‌شود در صورت امکان مطالعات بعدی بر حجم نمونه بیشتری صورت گیرد. همچنین انجام مداخلات

مشابه، با جلسات پیگیری چند ماهه به منظور بررسی طولی اثرات درمان پیشنهاد می‌شود.

References

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). Washington DC: Author.

Barbotte, E., Guillemin, F., & Chau, N. (2001). Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in general population: Review of recent literature. *Bulletin of the World Health Organization, 79,* 1042-1056.

Bazazian, S., & Besharat, M. A. (2010). Attachment styles, illness perception and quality of life in patients with diabetes type I. *Contemporary Psychology, 9,* 3-11. (In Persian)

Benedict, R. H. B., Wahlig, E., Bakshi, R., Fishman, I., Munschaur, F., Zivadoniv, R., et al. (2005). Predicting quality of life in multiple sclerosis: Accounting for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change. *Journal of the Neurological Sciences, 231,* 29–34.

Besharat, M. A. (2006). Validity and reliability of Mental Health Scale (MHI). *Daneshvare Raftar, 16,* 11-16. (Persian)

Besharat, M. A. (2009). Reliability and validity of a 28 question form of th Mental Health Scale in an Iranian population. *Forenscik Medicine, 54,* 87-91. (In Persian)

Besharat, M. A., Barati, N., & Lotfi, J. (2008). Relationship between coping styles with stress and levels of psychological adjustment in MS pationts. *Research in Medicine, 32,* 27-35.

Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical distress: A meta- analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 68,* 539–544.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present, mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 84,* 822–848.

Charmaz, K. (1999). Stories of suffering: Subjective tales and research narratives. *Qualitative Health Research, 9,* 362-382.

Cramer, H., Lauche, R., Paul, A., & Dobos, G. (2012). Mindfulness-based stress reduction for breast cancer a systematic review and meta-analysis. *Current Oncology, 19,* 343-352.

Dennison, L., Moss-Morris, R., & Chalder, T. (2009). A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology Review, 29,* 141-153.

Eslami Shahrebabaki, H. (2008). *The effectiveness of a psycho-educational intervention on health indices in obese women.* PhD. Desertation in Health Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran. (In Persian)

Feinstein, A., O’Connor, P., Gray, T., & Feinstein, K. (1999). Pathological laughing and crying in multiple sclerosis: A preliminary report suggesting a role for the prefrontal cortex. *Multiple Sclerosis, 5,* 69–73.

Gayner, B., Esplen, M. J., Deroche, P., Wong, J., Bishop, S., Kavanagh, L., et al. (2012). A randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction to manage affective symptoms and improve quality of life in gay men living with HIV. *Journal of Behavioural Medicine, 35,* 272–285.

Ghasemipour, Y. (2006). *Maindfulness and basic psychological needs in CHD patients. MA. Thesis in psychology*. University of Tehran, Tehran, Iran. (In Persian)

Ghorbani, N. (2003). Spirituality, on the gains experience, the essence of knowledge, and modern religion or a psychological construct. *Articles and Review, 76,* 69-98.

Gulick, E. E. (2001). Emotional distress and activities of daily living functioning in persons with multiple sclerosis. *Nursing Research, 50,* 147-154.

Hadjimichael, O., Vollmer, T., & Oleen-Burkey, M. (2008). Fatigue characteristics in multiple sclerosis: The North American Research Committee on Multiple Sclerosis (NARCOMS) survey. *Health and Quality of Life Outcomes, 6,* 100- 106.

Henderson, V. P., Clemow, L., Massion, A. O., & Hurley, T. G. (2012). The effects of mindfulness-based stress reduction on psychosocial outcomes and quality of life in early-stage breast cancer patients: A randomized trial. *Breast Cancer Research Treat, 131,* 99–109.

Jean, V. M., Paul, R. H., & Beatty, W. W. (1999). Psychological and neuropsychological predictors of coping patterns by patients with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychoogy, 55,* 21– 6.

Katon, W. J., Von, K. M., Lin, E. H., Simon, G., Ludman, E., & Russo, J. (2004). The path way study. *Archive of General Psychiatry, 61,* 1042-1049.

Kurtzke, J. (1983). Rating neurological impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS). *Neurology, 33,* 1444- 1452.

Larsen, P. D. (2006). Chronicity. In I. M. Lubkin & P. D. Larsen (Eds.), *Chronic illness: Impact and interventions* (pp. 3-22). Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Merkes, M. (2010). Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases. *Australian Journal of Primary Health, 16,* 200–210.

Miller, J. J., Fletcher, K., & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry, 17,* 192-200.

Mishel, M. H. (1999). Uncertainty in chronic illness. *Annual Review of Nursing Research, 17,* 269-294.

Mitchell, A., Benito-Leon, J., Morales Ganzalez, M. J., & Rivera-Navarro, J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing. *Lancet Neural, 4,* 556-566.

Nejat, S., Montezeri, U., Mohammad, K., Majdzadeh, S., Nabavi, N., Nejat, F., et al. (2006). Quality of life in MS patient and normal individuals in Tehran. *Iranian Epidemiology, 1,* 19-24.

Pandaya, R., Patten, S. B., Metz, L. M. (2005). Predictive value of the CES-D in multiple sclerosis psychosomatics. *Psychosomatics, 46,* 131-134.

Parto, M. (2010). *Mindfulness, resilience and drug use in adolescents at risk. PhD. Desertation in Health Psychology.* University of Tehran, Tehran, Iran. (In Persian)

Reynolds, F., & Prior, S. (2003). “Sticking jewels in your life”: Exploring women’s strategies for negotiating an acceptable quality of life with multiple sclerosis. *Qualitative Health Research, 13,* 1225-1251.

Rosenzwig, S., Greeson, J. M., Reibel, D. K., Green, J. S., Jasser, S. A., Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic*

Research, 68, 29–36.

Sarenmalm, E. K., Mårtensson, L., Holmberg, S., Andersson, B., Oden, A., & Bergh, I. (2013). Mindfulness based stress reduction study design of a longitudinal randomized controlled complementary intervention in women with breast cancer. *BMC Complementary and Alternative Medicine, 13,* 248–257.

Siegert, R. J., & Abernethy, D. A. (2005). Depression in multiple sclerosis: a review. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 76,* 469–475.

Tahbaz Hoseinzadeh, S., Ghorbani, N., & Nabavi S. M. (2011). Self defeating and self knowledge in MS patients and normal individuals: A comparative study. *Contemporary Psychology, 12,* 35-44. (In Persian)

Teasdale, J., & Segal, Z. (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*. New York: Guilford Press.

Ware, J. E., & Kosinski, M. (2001). *SF-36 physical and mental health summary scales: A manual for users of version 1* (2nd Ed.). Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated.

Ware, J. E., Kosinski, M., & Keller, S. K. (1994). *SF-36® Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual.* Boston, MA: The Health Institute.

Zabad, R. K., Patten, S. B., & Metz, L. M. (2005). The association of depression with disease course in multiple sclerosis. *Neurology, 64,* 1-11.